Cámara de Representantes
XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 174 de 2015

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

SINDICATO URUGUAYO DE NUTRICIÓN "5 DE AGOSTO"

UNIÓN DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 14 de julio de 2015

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Martín Lema (ad hoc).

Miembros: Señores Representantes Walter De León y Luisa Rodríguez Cattaneo.

Invitados: Por el Sindicato Uruguayo de Nutrición "5 DE AGOSTO" señores Guillermo Zeballos y Pablo Iglesias, Secretarios de Asuntos Gremiales y señores Nilsa Roberts y Martín Pérez, Secretarios de Comunicación.

Por la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas, señoras Silvana Martínez, Secretaria de Organización, señora Isabel Figari, Secretaria de Relaciones y señor Alfredo Alemán, Representante de los Trabajadores en la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Viviana Calcagno.

=====II=====

SEÑOR PRESIDENTE (ad hoc) (Martín Lema).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el gusto de recibir a la representación del Sindicato Uruguayo de Nutrición "5 de Agosto", integrada por el licenciado Daniel Ceriotti, Presidente; los licenciados Guillermo Zeballos y Pablo Iglesias, secretarios de asuntos gremiales, y los licenciados Nilsa Roberts y Martín Pérez, secretarios de comunicaciones.

Queremos decirles que las puertas de la Comisión están abiertas desde acá hacia el futuro y les agradecemos que se hayan acercado a este ámbito tan participativo.

Escuchamos atentamente lo que nos quieran proponer.

SEÑOR PÉREZ (Martín).- Queremos agradecer a esta Comisión que nos reciba en una nueva legislatura. Ya estuvimos en este ámbito en 2013 y 2014, ocasión en la que presentamos por primera vez el proyecto que regula el ejercicio de nuestra profesión de licenciados en nutrición.

El establecimiento de los derechos, las responsabilidades y las competencias de los licenciados en nutrición responde a una demanda corporativa. Nuestro sindicato nuclea a los profesionales del ramo y entre los principios fundacionales de nuestra organización está el de bregar para que el ejercicio de la profesión sea el mejor. Esta demanda esta enraizada en una concepción bastante más amplia: entendemos que el derecho a una alimentación adecuada es un derecho humano inalienable -valga la redundancia-, tal como dice la Declaración Universal de Derechos Humanos. Esto involucra democratizar el acceso al conocimiento científico en alimentación y en nutrición para que, en última instancia, el usuario pueda tener herramientas aptas para tomar mejores decisiones a la hora de elegir sus alimentos, en función de sus posibilidades y de sus capacidades, de manera que esto pueda repercutir favorablemente en su estilo de vida y en su alimentación.

Hay algunas cifras que dan sustento a la demanda de regular nuestro ejercicio. Como seguramente saben los señores representantes, nos encontramos en una instancia que llamamos "transición nutricional", en la medida en que en el país coexisten la malnutrición por exceso y la malnutrición por déficit. De acuerdo a las encuestas ENSO 1 y 2 -Encuestas Nacionales de Sobrepeso y Obesidad-, cerca de un 60% de la población presenta problemas de malnutrición por exceso, que comprende obesidad y sobrepeso. En otra de esas encuestas, los datos arrojaron la friolera de un 25% de niños con el mismo problema. De acuerdo con otro estudio, el 11% de lactantes y preescolares tuvo retraso de crecimiento y el 40% de las embarazadas tiene déficit en alguno de los nutrientes fundamentales para ese período.

En lo que respecta a la nutrición, el partido empieza a jugarse muy temprano. Hay chicos a quienes, tal vez por no tener el mejor acceso a alimentos o la mejor información disponible, les estamos hipotecando el futuro desde antes de nacer, desde la concepción. Los nutricionistas no nos creemos omniscientes, omnipotentes ni nada por el estilo, pero hemos sido formados en esa línea y creemos tener muchos elementos para aportar a la salud del país. Por eso hoy estamos aquí nuevamente.

Esto tiene un doble enfoque: ideológico y filosófico. Hemos sido formados en una profunda vocación de servicio, creo que al igual que todos los profesionales, pero el mayor impacto de un ejercicio regulado de nuestra actividad repercute directamente en lo que puede ser la economía del Estado. A nuestro país le cuesta mucho dinero el abordaje de las *comorbilidades* del sobrepeso y la obesidad. Si algún diputado ha trabajado en el área de la salud sabe que esto es así. Es muy costoso tener un paciente un día en CTI o

en cuidados intermedios. Creemos que debemos avanzar -pensando en algo que nos trasciende- hacia un modelo de atención más preventivo que paliativo, como el que tenemos hoy en día. En ese sentido, podemos aportar mucho.

Este proyecto que venimos a presentar, si bien tiene algunas modificaciones con respecto al original -presentado en la legislatura anterior y que contó con media sanción-, desarrolla algunas áreas de ejercicio que trascienden el abordaje clásico de los licenciados en nutrición, en clínica y producción de alimentos. Es bueno que sepan que tenemos colegas que están trabajando en todos los niveles, como por ejemplo en cargos de dirección, con responsabilidades a nivel país muy importantes; en el Mides, en el diseño e implementación de la Tarjeta Uruguay Social (TUS); asesorando en el área de nutrición deportiva en los principales clubes de fútbol y básquetbol del país; en la industria alimentaria; encargados en servicios de restauración colectiva, en CAIF y comedores, etcétera. La lista es larga.

Como comenté, este proyecto de ley -si bien ahora tiene algunas modificaciones- contó con media sanción en la legislatura anterior. Como se trataba de un año electoral, el tiempo no fue suficiente para su aprobación. Un detalle que queremos señalar es que cuando lo presentamos fue firmado por un representante de cada partido político. De alguna manera, reflejaba el proceso de construcción de ese proyecto de ley en el que habían participado colegas de distintas áreas. Además, se trataba de algo que trascendía cualquier oportunidad política, ya que no era un tema redituable. Por el contrario, fue -y esperamos siga siendo- de interés de todos.

SEÑOR IGLESIAS (Pablo).- Quiero agregar que el país está transitando por algunas políticas alimentarias. Nosotros estamos promoviendo que se implementen muchas otras más. Los problemas alimentarios son una epidemia que se está dando en el siglo XXI, y está siendo abordada por muchos países. ´

Somos el único país de América Latina que aún no ha logrado reglamentar el ejercicio profesional del licenciado en nutrición y los nutricionistas. Por ese motivo hemos venido hoy a presentarles un proyecto que ya fue presentado en la legislatura pasada, pero que por los tiempos parlamentarios no logró ser aprobado. Por lo tanto, debemos comenzar nuevamente todo el camino. Queremos que todos los diputados puedan plantear las inquietudes que tengan sobre el proyecto y aporten lo que consideren pertinente, para que luego se continúe con el trámite parlamentario correspondiente.

SEÑOR CERIOTTI (Daniel).- Voy a dar lectura a parte del material que hemos traído.

Un documento, titulado "El camino recorrido en pos de la regulación del Licenciado en Nutrición", expresa:

"El Sindicato Uruguayo de Nutrición 5 de Agosto (SUN5A) ha venido recorriendo en estos últimos años un proceso abierto y participativo de confección de un Proyecto de Reglamentación del Ejercicio Profesional. Se comenzó recibiendo los aportes del colectivo de nutricionistas generados en distintas jornadas abiertas (durante el período 2012), en las cuales también se analizaron las reglamentaciones de otros países y de otras profesiones afines, en nuestro país. Cuando consideramos que teníamos ya un anteproyecto acabado pero perfectible, lo hicimos público para seguir recibiendo aportes del colectivo de profesionales en nutrición.

Dicho proceso partió de un diagnóstico de las condiciones en las que se ejerce la labor profesional de los Licenciados/as en Nutrición en las distintas áreas de desempeño, en particular dentro del sistema de salud, así como de la convicción acerca de la necesidad de atender crecientemente aspectos vinculados a la alimentación y nutrición

de nuestra población. Es particularmente importante en todos los niveles de atención del sistema de salud, donde el fortalecimiento del rol de los Licenciados/as en Nutrición constituye una condición sine qua non para la promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Posteriormente a la realización del preproyecto de ley el SUN5A se reunió con varios legisladores de los partidos políticos con representación parlamentaria, en aras de presentar a los señores/as Legisladores/as, Diputados/as el Anteproyecto de Ley de Reglamentación de la Profesión del Licenciado/a en Nutrición. Fruto de este trabajo y de diversas gestiones se presentó la propuesta ante la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes. Carpeta Nº 2478 de 2013 -Repartido Nº 1213, agosto de 2013.

El proyecto se sometió al análisis parlamentario, modificado y aprobado en Cámara de Representantes. [...] Finalmente los tiempos parlamentarios impidieron culminar el proceso en la pasada legislatura habiendo sido retomado el tema en el presente año. [...]

En tal sentido, se ha continuado trabajando sobre el documento original con el fin de cuantificar algunos aspectos que hacen a la calidad de atención alimentario nutricional y se ha consensuado a nivel nacional las modificaciones presentadas".

En tal sentido, adjuntamos firmas de colegas.

Continúo: "Estamos comprometidos en mejorar la calidad de atención de la población hospitalaria, los Servicios de Alimentación de las Instituciones del País y la Comunidad en su conjunto. Queremos asimismo elevar la calidad Alimentario -Nutricional y colocarnos a la altura de los países desarrollados.

Solicitamos a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes que proceda con los trámites correspondientes a efectos (de abordar la presente propuesta) de que se aprueba la regulación del ejercicio profesional del Licenciado en Nutrición con los aportes sugeridos por el SUN5A".

SEÑOR ZEBALLOS (Guillermo).- Trataré de complementar lo que mis compañeros han expuesto, sin caer en redundancias.

En la carpeta que entregamos a la comisión está el informe que acaba de leer mi compañero, y una copia con aproximadamente quinientas firmas de colegas que han apoyado esta propuesta a nivel nacional, discriminadas por departamento. Asimismo, se incluye el anteproyecto y la bibliografía que apoya los cambios cuantitativos a los que hacemos referencia.

Los cambios cuantitativos relativos a la calidad de atención surgen no solamente de la realidad de distintos países de Latinoamérica y europeos sino también de la nuestra.

El sindicato viene en representación de colegas que están sosteniendo situaciones prácticamente insostenibles, tanto en el interior del país como en Montevideo. Por ejemplo, venimos en representación de la colega que está sosteniendo el hospital de Rocha. Tenemos una sola nutricionista en todo el hospital de Rocha, que está a cargo de la internación, de la producción de alimentos y de la policlínica.

Como comprenderán, la relación entre el número de pacientes y el número de profesionales es tan exigua que la calidad de atención que tienen los usuarios es muy mala. Eso no solamente va en detrimento de la calidad de vida del usuario sino contra el concepto social de nuestra profesión y, además, genera ineficiencia. Estamos haciendo como que estamos ejerciendo, cuando deberíamos estar ejerciendo. Recordemos que los colegas están formados desde una vocación de servicio, pero esta situación trae consigo

muchísimo estrés laboral, porque si bien tratamos de hacer un *screening* y de atender los casos más emergentes terminamos siendo bomberos tratando de apagar las situaciones que requieren mayor atención. Y así se nos va muchísima gente que también requiere de una atención nutricional adecuada, que los acompañemos y trabajemos junto con el resto de los compañeros del equipo de salud. Nosotros estamos formados para trabajar de manera interdisciplinaria, de manera horizontal.

En Flores, por ejemplo, hay un nutricionista en la mañana y otro en la tarde; en Maldonado hay solo un nutricionista. Si bien en Montevideo estamos un poquito mejor que en el interior, no escapamos a esas situaciones. Por ejemplo, en el Hospital Militar un colega atiende aproximadamente entre ochenta y cien pacientes. Imagínense que la gente se va sin saber lo que tienen que hacer, con un papelito que muchas veces el colega entrega a un chiquilín de quince años, a una señora con ochenta y cinco, a un deportista, a un trabajador de la construcción que de repente tiene un desgaste energético de 3.500 calorías, y a una chiquilina de dieciocho años, que puede tener mil ochocientas calorías de requerimiento. Lo mismo sucede con la atención en policlínica.

Por otra parte, la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos normalmente se plantea doce minutos por paciente. Cuando un paciente debuta con una diabetes o, por ejemplo, tiene una dislipemia, ¿cómo lo resolvemos en doce minutos? El paciente se va con una bolsa llena de remedios, de atorvastatina y de hipoglucemiante, cuando el protocolo dice que la mayoría de las veces una dislipemia se puede resolver en cuarenta días, proponiendo al paciente un plan de alimentación adecuado. Y eso se logra teniendo en cuenta los siguientes elementos: situación socioeconómica, los hábitos alimentarios, la historia familiar, quién cocina en su casa, las costumbres familiares, la religión, la conformación de la familia y las posibilidades económicas.

Si podemos reunir todos esos datos, analizar la paraclínica y la clínica, hacer una anamnesis completa y lograr la empatía del paciente es altamente probable que no necesite atorvastatina para bajar la dislipemia. Seguramente, la normalicemos en cuarenta días. En doce minutos no hay manera de conocer al paciente, que se va con la idea de que el colega no sabe nada, de que lo atendió rápido, de que le dio un papelito que era totalmente impersonal. Se va con una mala impresión de nuestra profesión, cuando nosotros estamos formados para otra cosa. Lo que ocurre es que las instituciones nos obligan a tener ese desempeño. No podemos olvidar que los colegas tienen que pagar alquiler, tienen hijos y multiempleo, lo que implica salir corriendo de un lugar a otro. Esa es nuestra realidad.

Por estos motivos, hemos tomado la responsabilidad de comunicar a los señores diputados cuál es nuestra situación. Traemos el problema, pero también la solución. No solamente les estamos demandando que nos resuelvan el tema sino que les traemos una solución que, por supuesto, es perfectible. Creemos que estamos en buen camino. Este trabajo tiene tres años, es consensuado y ha tenido la mirada de muchísimos colegas, que viven distintas situaciones tanto en Montevideo como en el interior y hasta en otros países, que hacen las cosas mejor que nosotros. ¿Cuándo nos derivan una paciente embarazada? Cuando ya está instalado el problema; cuando tuvo una gran ganancia de peso o no tiene ganancia de peso; solamente en esos casos extremos. No trabajamos de manera interdisciplinaria, atendiendo al paciente desde su integralidad. Siempre estamos apagando incendios y abordando la patológica crónica o aguda.

En cuanto al rol del nutricionista a nivel nacional, no solo deberíamos estar en la clínica sino en muchas otras áreas de desempeño, en todos los lugares donde se producen alimentos. El nutricionista tiene que evaluar que se mantengan los estándares de calidad en la elaboración del alimento, que se pierda la cantidad mínima de nutrientes

y que estos tengan una presentación aceptable y adecuada desde el punto de vista organoléptico para la población objetivo. Por ejemplo -si bien teníamos alguna propuesta más profunda-, vemos con agrado que se instaló el tema de las meriendas saludables. Eso tuvo una muy buena llegada porque, de alguna manera, la población lo estaba demandando; simplemente, hubo que plantearlo para que fuera aceptado, algo similar a lo que pasaba con el cigarro. Sin embargo, está planteado desde la prohibición y nosotros entendemos que debería tener una mirada desde la educación alimentaria nutricional. Entendemos que sería adecuado que los nutricionistas participen en la formación de los niños desde la escuela. Las escuelas de tiempo completo deberían tener nutricionistas trabajando con la maestra en la educación alimentaria nutricional desde que se institucionalizan los chicos, porque ellos son agentes de cambio a nivel familiar. No solo se le genera un cambio a ese niño sino que luego él demanda a la familia cambios sostenibles en el tiempo. Precisamente, en el día de ayer mis hijos vinieron contentos de la escuela porque cambió la gente que estaba a cargo de los alimentos y ahora tienen una visión más sana del tema. Si planteamos el asunto desde la educación, aunque los niños vean papas fritas en el estante no las van a pedir. Nosotros transmitimos hábitos a los chiquilines desde lo cultural; somos nosotros quienes le ponemos sal a la comida; genéticamente, los niños están preparados para aceptar el sabor dulce pero no el salado, que se lo damos nosotros cuando les preparamos la papilla pensando que así les va a gustar más. Todo esto tiene que ver con la educación alimentaria y nutricional de la embarazada, después del niño y luego del adulto. En todo ese proceso del ciclo vital debería estar presente el licenciado en nutrición pero actualmente no está.

SEÑOR IGLESIAS (Pablo).- Nuestro principal objetivo es poder regular el ejercicio profesional en la presente Administración, en el entendido de que somos los técnicos formados para ello y no otros que en su buena intención cometen errores; ni hablar de otros que ni siquiera han sido formados y hablan sobre el tema, generando repercusiones que en algunos casos son reversibles y en otros no. Inclusive, se ha planteado controlar la difusión en los medios de comunicación sobre cuestiones que no están científicamente avaladas.

Quedamos a las órdenes para aclarar cualquier inquietud y trabajar en conjunto para plasmar en una ley esta propuesta.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- ¿Ya había un proyecto al respecto con media sanción del Senado?

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, es el mismo.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Estamos de acuerdo con que exista una regulación que proteja a los profesionales en el ejercicio de su labor. También hay que tener en cuenta que la colegiación los protegería en el ambiente regional, ante el probable ingreso de técnicos extranjeros.

SEÑOR PRESIDENTE.- Esta visita es muy oportuna.

Estamos totalmente de acuerdo con lo relativo a la educación. Es un derecho alimentarse en forma adecuada pero hay que contar con herramientas para elegir el camino correcto y eso se logra a través de la educación. Cada vez más se debe apuntar a la prevención; es lo mejor desde el punto de vista de la salud y de la economía. Ya se mencionó cuánto cuestan al Estado la obesidad y el sobrepeso.

Nosotros estuvimos analizando el tema y lo que había recomendado esta Comisión era desarchivar el proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes en el período pasado. Cuando termina un período, los proyectos de ley que no fueron aprobados por ambas cámaras se archivan; hay un nuevo comienzo porque no se trata

de los mismos parlamentarios. La recomendación seguía un criterio de celeridad porque en la Cámara de Representantes se había llegado a un consenso con la votación de integrantes de todos los partidos políticos y, como muchos fueron reelectos, se pensó en desarchivar el proyecto en el Senado. Sin embargo, el Senado no puede desarchivar proyectos del período pasado; por ello, nosotros vamos a tener que solicitar que se desarchive ese proyecto. En lo personal, asumo ese compromiso para estudiar el proyecto; luego tomaremos una posición. El compromiso es *desarchivar* esa iniciativa, lo que significa volver a discutirla. En las próximas sesiones de la Comisión haremos el pedido correspondiente, tal como acordamos en la sesión en la que tratamos este asunto. Luego, discutiremos el proyecto con el resto de los colegas para definir una posición y ver cómo podemos avanzar.

Con mucho gusto recibimos todo el material que nos ha alcanzado el Sindicato Uruguayo de Nutrición "5 de agosto".

SEÑOR ZEBALLOS (Guillermo).- Quiero aclarar que el documento que presentamos, si bien tiene como base la iniciativa original, contiene modificaciones vitales, relacionadas con los elementos cuantitativos y la calidad de atención.

La propuesta anterior hacía referencia -en muy buena forma- a elementos cualitativos. A veces, podemos tener diferencias de opinión entre una descripción cualititativa y un indicador de calidad cuantitativo. Precisamente, eso so es lo que hemos tratado de defender. Con la bibliografía adecuada y con el consenso de quinientos colegas a nivel nacional, presentamos elementos cuantitativos que hacen referencia a la calidad de atención

Debemos tener en cuenta que el riesgo que corremos es que esto quede a la libre interpretación de las distintas instituciones que, como todos sabemos, pueden tener un sesgo económico e ir en detrimento de la calidad de atención.

En este sentido, voy a citar como ejemplo la realidad que actualmente se vive en el Hospital Militar: una sola colega atiende a cien pacientes.

La única manera de controlar esto es legislar y establecer que en internación se debería atender como máximo a treinta y cinco pacientes.

También acoto -porque venimos en representación de ellas; también de todos los colegas que han depositado en nosotros su confianza- que cuando estas colegas tratan de mejorar la atención al usuario, la institución las sanciona. Es muy difícil estar en el pellejo de estas colegas que saben que están haciendo las cosas mal y cuando tratan de hacerlas bien, son sancionadas.

Entendemos que estos aspectos tienen que quedar bien claros y cuantificados para poder dar una atención adecuada al usuario y a toda la población uruguaya.

SEÑOR PRESIDENTE.- La comisión les agradece su presencia.

(Se retira de sala una delegación del Sindicato Uruguayo de Nutrición "5 de agosto").

(Ingresan a sala integrantes de la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a una delegación de la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas integrada por las señoras Silvana Martínez, integrante de la Secretaría de Organización, e Isabel Figari, perteneciente a la Secretaría de Relaciones, y por el señor Alfredo Alemán, representante de los trabajadores en la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas.

SEÑOR ALEMÁN (Alfredo).- Agradecemos a la comisión por recibirnos.

Queremos hablar con ustedes sobre muchos temas. Cuando solicitamos esta entrevista, estábamos especialmente preocupados por un asunto notorio, que ustedes conocen: la discusión del proyecto del nuevo Hospital de Clínicas. Esa situación derivó en una huelga y otra serie de conflictos y desencuentros. Gracias a la intervención de muchas personas, sobre todo, del decano de la Facultad de Medicina, las partes llegaron a muy buenos acuerdos, por lo menos, para los trabajadores.

Vamos a entregar una carpeta donde figura el anteproyecto del nuevo Hospital de Clínicas, la integración a la Rieps y el pedido presupuestal.

En la nota que solicitábamos esta reunión, puntualizábamos que la voz de los trabajadores no había sido contemplada en el nuevo proyecto; esto cambió, y ahora nos sentimos escuchados y el proyecto fue votado por la Comisión Directiva, pasó al Consejo de Facultad de Medicina y actualmente no solo se está discutiendo el proyecto sino también la ordenanza del nuevo Hospital de Clínicas, quedando pendiente la discusión de dos grandes temas. Por un lado, el modelo de gestión de los servicios -el modelo de gobierno y de gestión del hospital ya están resueltos- no se empezó a discutir y, por otro, las atribuciones delegadas del Consejo Directivo Central en el Hospital de Clínicas, tema que el rector quiere discutir en el Consejo Directivo Central antes de que pase a un órgano de menor envergadura como es la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas.

Los trabajadores estamos muy orgullosos de los avances que hemos logrado en la Comisión Directiva del Hospital, trabajando conjuntamente con los otros órdenes y los gremios del Hospital de Clínicas.

La discusión del presupuesto quinquenal está bastante avanzada -restan los números- y nos faltaría redondear el concepto del pedido presupuestal del Hospital, porque estamos de que se apruebe la ordenanza del nuevo proyecto. Una parte del pedido presupuestal consiste en un incremento sustantivo para retener el personal calificado; hemos hablado con otros gremios y al parecer la alta rotación no es patrimonio exclusivo del Hospital. No pudimos detectar los motivos; pensamos que en el Hospital son las condiciones de trabajo, y por eso estamos expectantes de obtener los US$ 100.000.000 que Tabaré Vázquez prometió antes de asumir y que ratificó en conversaciones con Markarian, rector de la Universidad; inclusive, se comprometió a adelantar parte de esta partida mientras finalizaba el proyecto aunque, en realidad, el anteproyecto de planta física ya está pronto y fue presentado al Consejo Directivo Central, junto con el de refacción de todo el predio universitario que, como todos saben, es una manzana grande que comprende el Hospital de Clínicas, odontología y el Instituto de Higiene, a lo que ahora se suman dos nuevas facultades: tecnología médica y facultad de enfermería. No obstante, seguramente habrá problemas para que la Intendencia habilite el proyecto, por los estacionamientos, y por eso se ha presentado al Consejo Directivo Central un proyecto para construir estacionamientos, pero no tenemos muy claro qué pasará porque el predio universitario costará, en total, US$ 90.000.000, de los cuales US$ 40.000.000 corresponden a estacionamiento. El costo final del Hospital de Clínicas sería US$ 113.000.000 para refaccionar los servicios de apoyo y del segundo al séptimo piso de internación.

Por otra parte, nos preocupó sobremanera el anuncio de la integración del sistema privado a la Rieps, porque todavía no se completó la integración del subsector público, lo cual pone al Hospital en clara desventaja a la hora de brindar servicios. El problema principal es el dinero que se invierte en cada servicio. En ese sentido, fuimos víctimas de un fuerte ataque de la presidenta de ASSE, que nos preocupa; el rector la citó para que diera explicaciones, porque el Hospital está integrado a esa red de efectores y es el que

brinda actualmente más servicios en la red. Por eso, no entendemos por qué se dice que no es así.

Además, quiero aclarar que no hay falta de control. La partida de $ 70.000.000 que da ASSE -que es una gota de agua nada más; imaginemos que el Hospital en insumos solo gasta $ 15.000.000-, en dos partidas iguales, con ajustes por producción -si producimos más, nos dan más-, es controlada por el Ministerio de Economía y Finanzas y si no da cuenta en qué se gastó ese dinero, no se entrega la siguiente partida. Por eso, nos preocupa que se dé esa visión del Hospital de Clínicas, que no es correcta.

Por otra parte, hay que hacer una fuerte inversión en equipamiento y por eso en el pedido presupuestal se solicita una partida para incremento salarial del 30 %, que no es lo que pide la Universidad para su personal, más un 30 %, sino que, después de que la Universidad reciba el aumento correspondiente, un 30 % se destine al Hospital para retener al personal. Asimismo, reclamamos que haya una categorización justa y una descripción de las categorías en salud, porque las diferencias salariales son escandalosas -en algunos casos, la diferencia está a favor de nuestros salarios pero, en otros, no-, lo que crea una fuerte inequidad en el sector. Más allá de que no se cumple lo relativo a que a igual función se debe recibir igual remuneración, existen diferentes contratos para una misma función. Eso está pasando en ASSE, por ejemplo, donde hay contratos de $ 14.000 o de $ 24.000 para un auxiliar de enfermería. En la Universidad de la República tenemos una escala salarial mucho más ajustada y el salario de un auxiliar de enfermería Grado 7 ronda los $ 21.000. Actualmente, compartimos el pedido presupuestal de Affur y solicitamos un incremento a 10 BPC por cuarenta horas semanales en el grado de ingreso.

SEÑORA FIGARI (Isabel).- Quisiéramos explicar cómo fue el proceso del proyecto de desarrollo del Hospital de Clínicas. Como ustedes saben, hace más de un año se está trabajando en una comisión que se nombró en la Facultad de Medicina y finalmente, por consenso, se llegó a un resultado con el que estamos de acuerdo. Eso no quiere decir que no haya problemas pendientes porque, en realidad, lo que se hizo fue sacar del proyecto lo que generaba mayores discrepancias

Insistimos en defender que el hospital sea universitario. Eso fue lo primero que señalamos. Un hospital universitario no es un hospital escuela. Lamentablemente, la doctora Muñiz maneja un concepto con el que nosotros no estamos de acuerdo ya que compara el hecho de dar clases o tener internos en el Pereira Rossell, en el Pasteur o en el Maciel con la realidad de este hospital. En el hospital universitario se genera conocimiento, se investiga y se fomenta un pensamiento crítico hacia la ciencia y hacia la aplicación de la tecnología en la salud. Quiere decir que es mucho más de lo que se puede plantear como un hospital escuela. Nosotros decimos que debemos revertir la idea de que el hospital tiene que ser universitario y adoptar la de que la Universidad no puede darse el lujo de no tener un hospital universitario. En todo el mundo se ha demostrado que la mayor extensión que tienen las universidades es a través del servicio que pueden brindar a la ciudadanía sus hospitales universitarios, que son fundamentales en el desarrollo de conocimiento. De manera que se logró apoyar el concepto de que el hospital se mantendría dentro de la Universidad de la República.

El tema del cogobierno también se discutió mucho porque se le sacaban muchas atribuciones. Nosotros defendemos el cogobierno y la autonomía del hospital y de la Universidad. En ese sentido, también se avanzó muchísimo en este proyecto de desarrollo.

Un aspecto muy importante que quedó pendiente es el relativo a la gestión. Nosotros no estamos de acuerdo con la gestión clínica que se planteó para el hospital.

Hemos estudiado qué resultados ha obtenido en América latina y en países europeos la gestión clínica que se impuso hace aproximadamente diez o quince años y comprobamos que muchos países la están revisando porque la mayoría de esas unidades de gestión ha terminado en un mar de corrupción a pesar de que se implementó -en Costa Rica, por ejemplo- para evitar la corrupción en los hospitales universitarios y públicos. Por lo tanto, ese tema quedó en discusión. Nosotros planteamos un modelo de gestión más participativo, con institutos dentro del hospital, cogobernados por los mismos órdenes que hay en la comisión directiva. Como dije, eso quedó pendiente para una segunda etapa y no quedó plasmado en el proyecto de desarrollo del hospital ni tampoco en el proyecto de nueva ordenanza que se votó. En este sentido, pensamos que hemos avanzado aunque todavía hay mucho por hacer.

En cuanto a la forma de integración del hospital al Sistema Nacional Integrado de Salud también tomamos en cuenta las declaraciones de la presidenta de ASSE, quien manifestó que el hospital debió haber sido integrado desde un principio. Nosotros también pensamos que debió haber sido así. Sin embargo, ella era ministra en ese momento y no se hizo. A nosotros nos preocupa por qué no se integró el hospital al SNIS a pesar de que mediante una modificación de la ley o pensándola de otra forma el hospital podía haber sido integrado. Nosotros pensamos que la principal forma de integración del hospital al SNIS -aunque no la única- podría ser ahora a través de la Rieps. Pero, ¿qué pasa? Se plantea una modificación de la Rieps. Esta es una red de efectores públicos, pero ahora se plantea que sea abierta a todos los efectores en salud, con un directorio honorario, y no sabemos cuál va a ser el peso de lo público y de lo privado.

Como trabajadores organizados en el PIT- CNT defendemos la salud pública porque consideramos que la salud es un derecho y que no debe ser mercantilizado. Hemos visto que los gastos en salud han aumentado mucho. En la novena convención médica se manifestó que realmente no hay una mejora de la calidad sino que hay costos. Todos sabemos cómo lucran con la salud las empresas de medicamentos y de diagnóstico. Pensamos que en manos del Estado ese tema puede ser controlado de cierta forma. Por eso defendemos el subsector público y cuando se habla de un sistema integrado pensamos que se debe integrar con dos partes equivalentes. En ese sentido, pensamos que la salud pública está en desigualdad de condiciones con respecto a salud privada porque los fondos del Fonasa van exclusivamente a la salud privada. Ustedes saben que ASSE tiene socios Fonasa pero su cápita es descontada de su propio presupuesto, y el Hospital de Clínicas no recibe un solo peso del Fonasa. Debido a esas diferencias tan abismales consideramos que la Rieps puede perjudicar el subsector público.

Insistimos mucho en ese concepto al analizar el desarrollo del hospital, que a nuestro juicio debe servir para fortalecer el subsector público del Sistema Nacional Integrado de Salud. Para eso hay varios elementos: uno de ellos es la Rieps, como se venía manejando anteriormente. ¿Por qué insistimos en esto? Porque el planteo es que este tema se incluya en la ley de presupuesto que ustedes van a votar. Nosotros no queremos que sea incluido en esa ley sino que sea objeto de un debate nacional acerca de la integración de la Rieps y su transformación en la RIES. Pensamos que se trata de un tema sumamente importante como para incluirlo en una ley que abarca miles de temas, de forma casi sumaria. Nuestro planteo apunta a que la transformación de la Rieps no se discuta ahora. Aclaramos que, entre otros aspectos, se plantea que los centros estratégicos se determinarían por decreto. ¿Qué manera tiene el hospital de marcar su estrategia, sus planes y sus objetivos a largo plazo cuando, por ejemplo, define que vamos a trabajar en equis cantidad de centros estratégicos pero después por un decreto de salud pública se le quitan esos centros y se les da otros? Eso significa una inversión tanto en recursos humanos como materiales que puede llevar a que fracase el

proyecto de desarrollo del hospital. Nos preocupan mucho las pautas de ese borrador que está a estudio en la Rieps, en la que participa la comisión directiva del Hospital de Clínicas. En él tampoco se dice cuántos directores de empresas privadas habrá en ese directorio honorario.

Con respecto al presupuesto para el Hospital de Clínicas, insistimos en que debe ser otorgado a través del Inciso correspondiente a la Universidad de la República. A nuestro juicio, ese es uno de los requisitos principales. Si bien en el articulado puede estar por separado lo relativo al hospital, entendemos que su presupuesto debe estar dentro de ese Inciso.

En cuanto al tema de esa masa salarial de 30% que pedimos por fuera de un preacuerdo de convenio colectivo que ya tenemos con la Universidad con respecto a un salario mínimo de 10 BPC por 40 horas semanales, consideramos que en el país hay un problema en cuanto a los recursos humanos en salud ya que a nuestro entender no son suficientes para cubrir los requerimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esa es la problemática que tenemos porque los trabajadores fluyen, vienen y van; podemos tener cien ingresos y ciento cincuenta egresos en un mes. O sea que los trabajadores están por un tiempo y se van porque tienen posibilidades de conseguir mejor salario o mejores condiciones de trabajo. Precisamente, uno de los grandes problemas en el hospital son las condiciones de trabajo, en su mayor parte debido a su planta física. Por ejemplo, el laboratorio no es moderno; tenemos lugares de 300 metros de largo y hay que hacer caminatas eternas. Las condiciones generales de trabajo en el hospital no son buenas, principalmente —reitero-, debido a su planta física. Entonces, los trabajadores se capacitan en el hospital, incorporan destrezas que no adquieren en otro, y después se van para otro centro. De manera que para mantener este personal debemos terminar con algunas de las inequidades que hay dentro del hospital, donde una licenciada puede cobrar una compensación del 45% y otra, que está al lado y hace la misma tarea, no la cobra.

También está el problema que se planteaba de las categorías. Muchos trabajadores cobran el sueldo mínimo de ingreso. Hace diez o quince años que están en la misma categoría, pero desempeñan una tarea de categorías superiores. Lo mismo pasa con los auxiliares de enfermería. La antigüedad en los funcionarios públicos es muy baja, si la comparamos con los privados, pero de cierta forma se compensa porque en la Universidad hay ciertas garantías de hacer una carrera administrativa. Sin embargo, los auxiliares de enfermería tuvieron un solo concurso hace veintiocho años y las compañeras se jubilan con el salario con el que ingresan.

No estamos sumando un 30% de aumento, aparte de lo que se logre con la Universidad en el convenio colectivo. Esa masa salarial sería para corregir principalmente todas esas inequidades. Por ejemplo, a los trabajadores del Hospital de Clínicas se les exige un curso hospitalario para ingresar a hacer la limpieza, pero los que entran en la Facultad de Medicina o en la de Agronomía no tienen ese requisito. Además, el curso no lo da la Universidad; lo tienen que hacer en una escuela privada pagando por lo menos $ 14.000. Por eso decimos que hay cierta diferencia entre un trabajador que se desempeña en el Hospital de Clínicas y otro que ejerce sus funciones en el resto de la Facultad. No queremos diferenciarnos en la escala, sino una compensación por ser funcionarios del propio hospital. Esa compensación no es un porcentaje parejo para todos; lo que se procura es salvar de cierta forma todas las inequidades que existen.

Con respecto a los números que mencionaba el señor Alemán, la cifra que en principio iría para el proyecto total del hospital es de US$ 113.000.000 para todo el edificio. El rector nos ha manifestado que él ha recorrido hospitales antiguos para ver

cómo se pueden reformar. En ese sentido, consideramos que la planta física es recuperable y puede llegar a ser muy funcional para el hospital que queremos. Por otra parte, una de las cosas en las que nos pusimos de acuerdo es en que el número de camas debía ser 350. En cuanto al desarrollo, en la parte de recursos humanos es preciso llegar a un mejor salario. Se plantea 10 BPC como salario de ingreso, a fin de contemplar todas las inequidades. Asimismo, es necesario que el hospital tenga sus insumos. En este sentido, el señor Alemán hizo referencia a $ 70.000.000. Cuando habló de $ 15.000.000 por concepto de insumos, estaba aludiendo a una cifra mensual. Esos $ 70.000.000 no alcanzan para nada, teniendo en cuenta la población del hospital: se atienden más de 100.000 pacientes en las policlínicas. El hospital tiene unas 200 policlínicas, la mayoría especializadas y únicas en el país -tanto en el sistema público como en el privado-, y toda la población que se atiende es de ASSE. Eso tiene que quedar claro. En el hospital no hay otros pacientes que no sean de ASSE. Hay algunos pagantes, pero el resto es de ASSE. Ahora bien, el hospital es una extensión de la Universidad y el dilema que se plantea es si los dineros vienen de ASSE o de la Universidad.

Nosotros siempre decimos que el que pone el dinero manda; por lo tanto, consideramos que tiene que venir de la Universidad para permitirnos ser trabajadores universitarios ¿Hay que hacer convenios con ASSE? Todos. ¿Convenios con los privados? Todos los que sea posible. ¿Centros de referencia abiertos a todo el sistema? Estamos totalmente de acuerdo. No estamos cerrados a nada, pero pensamos que los principales centros de referencia públicos, o todos -por lo menos los grandes e importantes que ya existen-, tienen que permanecer en el Hospital de Clínicas. Inclusive, debería absorber alguno como el Centro Nacional de Quemados. Los centros de referencia deben estar en el marco de la Universidad.

Quedamos abiertos para contestar las preguntas que los diputados quieran formular.

SEÑOR PRESIDENTE (Martín Lema).- Como sabrán, el abordaje de este tema es muy complejo. Nos hemos enterado de muchos de los aspectos que se han mencionado en este ámbito por trascendidos de prensa que han salido a raíz de declaraciones que en muchas oportunidades realizaron ustedes mismos. Por lo tanto, siempre es bueno conocer de primera mano la versión de diferentes hechos y sucesos.

Teniendo en cuenta la complejidad del tema, vamos a estudiar en profundidad los descargos que ustedes realizaron en esta Comisión. También vamos a analizar todos los materiales que nos han alcanzado. Les agradecemos mucho haberlos proporcionado.

La premisa que tenemos en este ámbito es abrir las puertas de la Comisión y escuchar. No hay mejor forma de que un parlamentario pueda pronunciarse que luego de haber escuchado todas las campanas y a todos los protagonistas.

SEÑORA FIGARI (Isabel).- Les agradecemos que nos hayan recibido. En el material entregado figura nuestro e- mail por si se nos quisiera efectuar alguna otra consulta.

SEÑOR ALEMÁN (Alfredo).- Simplemente quisiera decir que en el material van a encontrar la propuesta de la red integrada, así como un comparativo asistencial de los hospitales de Montevideo, que nos resultó interesante plantear, porque muchas veces se dice que el Hospital de Clínicas trabaja poco. Entonces, comparamos números de camas con números de cirugías, cuidados moderados y atención en policlínica y emergencia, que nos pareció un dato interesante. Capaz que ustedes pueden acceder mejor que nosotros a un tema que nos ha resultado escabroso: cuánto reciben por concepto de presupuesto de funcionamiento los hospitales Pasteur y Maciel, para comparar

definitivamente cuánto sale cada uno. También aparece el plan estratégico de la Rieps 2014- 2020.

SEÑOR PRESIDENTE (Martín Lema).- Muchas gracias.

Se levanta la reunión.

≠